

UNIVERSITÉ DE PARIS -- FACULTÉ DE MÉDECINE

THÈSE

406

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

BESSIS ELIE

Née à Tunis, le 30 ^{Octobre} ~~Avril~~ 1897

OSTÉOTOMIE SOUS-TROCHANTÉRIENNE
pour Ankylose vicieuse de la Hanche

Président : A. BROCA, *Professeur*

PARIS

LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

49, Boulevard Saint-Michel, 49

1923

406

OSTÉOTOMIE SOUS-TROCHANTÉRIENNE

pour

Ankylose vicieuse de la Hanche

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elles n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

UNIVERSITÉ DE PARIS -- FACULTE DE MÉDECINE

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR
BESSIS ELIE
Née à Tunis, le 30 Octobre 1897

OSTÉOTOMIE SOUS-TROCHANTÉRIENNE
pour Ankylose vicieuse de la Hanche

Président : A. BROCA, *Professeur*

PARIS :
LES PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE
49, Boulevard Saint-Michel, 49

1923

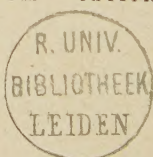
PERSONNEL DE LA FACULTÉ

LE DOYEN PROFESSEURS

Anatomie	M. ROGER
Anatomie médico-chirurgicale	MM.
Physiologie	NICOLAS
Physique médicale	CUNEO
Chimie organique et chimie générale.	Ch. RICHET
Bactériologie	André BROCA
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	DESGREZ
Pathologie et thérapeutique générales.	BEZANÇON
Pathologie médicale	BRUMPT
Pathologie chirurgicale	Marcel LABBE
Anatomie pathologique	LECENE
Histologie	LETULLE
Pharmacologie et matière médicale.	PRENANT
Thérapeutique	RICHAUD
Hygiène	CARNOT
Médecine légale	BERNARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BALTHAZARD
Pathologie expérimentale et comparée.	MENETRIER
	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses.	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	Auguste BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILLEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT

AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	RETTERRER
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	RICHAUD
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	ROUSSY
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LERI	ROUVIERE
BRANCA	GUENIOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	STROHL
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TANON
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TERRIEN
CHIRAY	LABBE (Henri)	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	TIFFENEAU
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	
DEBRE	LARDENNOIS	RATHERY	



A la mémoire de mon père

Trop tôt enlevé à notre affection.

A la mémoire de mon frère MARDOCHÉ

qu'une cruelle maladie a emporté
dès sa plus tendre enfance.

A la mémoire de mon beau-frère.

Salomon BISMUTH

A ma mère

A mes sœurs

A mes frères

A mes amis

A mon maître

Le professeur A. BROCA

Professeur de clinique chirurgicale infantile

A la Faculté de Paris

Chirurgien de l'hôpital des « Enfants Malades »

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a témoigné sa bienveillance
en nous donnant les éléments de
cette thèse, en nous aidant de ses
bons conseils, et qui nous honore en
acceptant de présider ce travail.

A mes maîtres de la Faculté d'Alger

*A mes maîtres de la Faculté
et des Hôpitaux de Paris*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Je tiens à remercier M. MASSAR, chef de clinique qui m'a prodigué ses conseils dans la mise au point de ce travail, et surtout, Mlle SIGOILLOT, toute dévouée qui s'est occupé de la partie radiographique de cette thèse. J'en garderai le meilleur souvenir.

On sait que la meilleure guérison d'une ostéo-arthrite tuberculeuse en général est souvent l'ankylose solide en bonne position.

En ce qui concerne l'articulation coxo-fémorale l'ankylose en bonne position qu'on recherche est la rectitude de la hanche, avec toutefois une légère abduction, mais sans rotation aucune.

Un membre inférieur en cette position avec une articulation sèche, indemne de toute fongosité tuberculeuse, est tout ce qu'on peut demander à une thérapeutique bien réglée. Le sujet, avec son bassin droit et sans raccourcissement du membre, peut marcher sans boiterie, ou tout au plus avec une très légère claudication.

C'est là la bonne guérison classique de la coxalgie; il ne faut pas exiger davantage du chirurgien. C'est meilleur qu'une hanche mal emboîtée, ayant des mouvements mal assujettis.

Mais ce qui est mauvais, c'est quand il s'agit de ces anciens coxalgiques, guéris de leur tuberculose articulaire, avec une hanche en attitude vicieuse. On entend par attitude vicieuse, la position du membre inférieur en : flexion, adduction, rotation interne.

C'est en effet presque toujours en adduction que l'ankylose se produit ; rares sont les cas où la consolidation se fait en abduction.

Et quand on atteint 25 à 30 degrés de flexion et adduction, l'infirmité est vraiment considérable.

Le coxalgique avec son membre en cette mauvaise position, pour se tenir debout et marcher ce qui nécessite que ses membres soient parallèles et de longueurs à peu près égales, est obligé de prendre des attitudes de compensation. Il fait alors jouer son articulation du bassin avec la colonne vertébrale et avec la hanche saine.

Nous empruntons le mécanisme de ces déviations du bassin au traité de « Chirurgie infantile » de Monsieur Broca.

En effet :

1°) S'il y a flexion directe de la hanche, lorsque le pied s'abaisse, le bassin s'incline en avant par rotation autour d'un axe horizontal transversal, mais de là résulte que la surface articulaire lombo-sacrée devient oblique en bas et en avant, ce qui implique une lordose de compensation.

2°) S'il y a abduction ou adduction, le pied ne peut s'abaisser que par un mouvement inverse dans l'autre hanche, autour d'un axe antéro-postérieur, par conséquent avec :

a) abaissement de la moitié correspondante du bassin dans le cas d'abduction, d'où inclinaison sacro-lombaire et par conséquent scoliose convexe du côté malade.

b) élévation de la moitié correspondante du bassin, dans le cas d'adduction, d'où scoliose convexe du côté sain.

3°) S'il y a rotation en dehors ou en dedans, le pied ne peut prendre la direction autéro-postérieure que par un mouvement de rotation inverse dans la hanche saine autour d'un axe vertical, et dès lors la moitié du bassin du côté malade se porte, en restant horizontal :

a) en avant en cas de rotation externe.

b) en arrière en cas de rotation interne.

Si maintenant nous considérons notre coxalgique avec son attitude vicieuse classique, c'est-à-dire : flexion, adduction, rotation interne, nous remarquons chez lui, du côté malade, le bassin est basculé en avant, élevé, tourné en arrière, la colonne lombaire est en lordose avec scoliose à concavité du côté malade.

RACCOURCISSEMENT

Dans ce qu'on appelle le raccourcissement fonc-

tionnel du membre, c'est-à-dire (le sujet se tenant debout sur sa jambe saine, le rachis et le bassin bien symétriques) la distance qui sépare le talon du sol, la part qui revient à l'attitude vicieuse est considérable. La diminution réelle de longueur par pseudoluxation ou par atrophie du membre est ordinairement bien moins importante. C'est ce raccourcissement qui peut aller jusqu'à 20, 25 centimètres, qui oblige le sujet, pour appuyer son pied sur le sol, de dévier son bassin et sa colonne vertébrale. En somme c'est l'attitude vicieuse qui est le facteur essentiel de la claudication.

Pour remettre tout en ordre, il suffit donc de corriger la position vicieuse du membre.

Bien entendu nous nous occupons ici de l'ankylose vraie, sinon par soudure osseuse qui est assez rare dans la tuberculose, au moins fibreuse très serrée et pratiquement complète : si cela n'est pas réalisé, le redressement opératoire que nous allons étudier est suivi de récédive. On en juge ordinairement bien par la radiographie.

Qu'a-t-on donc proposé pour remédier à cette ankylose vicieuse de la hanche ?

On a préconisé d'abord l'*ostéoclasie* ensuite l'*ostéotomie*, plus tard la *résection*.

OSTEOCLASIE

Les chirurgiens ont voulu ériger en méthode l'ostéoclasie, depuis que par un heureux hasard, après une chute ou à la suite de tentatives de redressement, ils ont obtenu par une ostéoclasie accidentelle d'excellentes corrections. Et les complications septiques, alors banales, de l'ostéotomie, faisaient reculer les chirurgiens devant cette intervention.

Mais bientôt l'antiseptie faisant des progrès considérables, on accorda plus de crédit à l'ostéotomie qui devint une opération facile et très bénigne.

Dès lors chaque chirurgien avait sa préférence pour telle ou telle intervention selon son habitude, son « tempérament chirurgical » pourrait-on dire.

« Et puis dans la pratique, hors de l'hôpital, loin des grandes villes, on n'a pas aisément un ostéoclaste sous la main, tandis qu'avec un ciseau, un maillet et de la propreté on mène à bien n'importe quelle ostéotomie. Que l'on joigne à cela la répulsion instinctive de bien des chirurgiens pour tout ce qui ne se fait pas à ciel ouvert, et l'on aura les arguments qui font à mon sens, pencher la balance en faveur de l'ostéotomie ». (Broca)

Donc, ayant rejeté l'ostéoclasie, nous avons entre les mains deux armes : l'*ostéotomie* et la *résection*.

RESECTION

Ce n'est pas une opération à conseiller pour certaines considérations importantes :

1°) d'abord chez l'enfant où le développement ostéogénétique n'est pas complètement terminé, c'est y apporter un trouble que de pratiquer la résection.

2°) la résection est très difficile, très laborieuse dans ces hanches ankylosées.

3°) on opère dans un foyer de tuberculose éteint apparemment, mais susceptible sous l'influence de l'irritation et du traumatisme de subir une réviviscence. On sait en effet combien la tuberculose articulaire, osseuse, la tuberculose en général, est latente. Pour un menu trauma, pour une cause insignifiante, elle se réveille et donne une poussée évolutive qui peut être dangereuse.

Pareils faits sont rares heureusement, mais l'éventualité d'une poussée tuberculeuse locale, la formation d'un abcès n'est pas pour nous étonner. Mieux vaut ne pas toucher à cette articulation qu'on a eu de la peine et de la patience à guérir.

4°) et puis argument capital, le résultat orthopédique est bien médiocre : l'ankylose est problématique, en général une pseudarthrose est le fruit de cette intervention, même chez l'adulte.

L'*ostéotomie* est donc pour nous la méthode de choix.

On a proposé deux sièges : 1^e) sur le col du fémur ;
2^o) sur le haut de la diaphyse.

I. *Sur le col du fémur.* — La prudence commande de s'en abstenir, car on ne doit pas opérer dans une articulation, sous peine de donner naissance à une poussée évolutive à la tuberculose, ou tout au moins d'infecter secondairement l'articulation.

Ensuite l'intervention est difficile. Le seul avantage qu'elle ait, c'est qu'on ne perd pas de longueur. Mais devant les risques de l'opération, ce mince avantage doit nous faire rejeter l'ostéotomie sur le col du fémur.

II. *Sur le haut de la diaphyse ou ostéotomie sous-trochantérienne.* — Il existe des sous-procédés innombrables, mais en réalité deux sont à retenir notre attention :

l'ostéotomie sous-trochantérienne linéaire transversale.

» » » oblique.

Quant à l'ostéotomie cunéiforme que défendait Volkmann, elle n'a plus guère, croyons-nous, de partisans aujourd'hui.

OSTEOTOMIE SOUS-TROCHANTERIENNE OBLIQUE

Elle a pour avantages d'opposer l'une à l'autre de vastes surfaces fragmentaires, qui gardent contact après correction de trois déviations ; en somme la perte de contact des fragments est minime, condition favorable à la consolidation.

En outre, en faisant glisser le fragment inférieur sur le supérieur par l'extension continue, on corrige quelquefois une partie du raccourcissement réel, sans que les deux fragments ne perdent contact. De la sorte on gagne un peu de longueur réelle, ce qui n'est pas négligeable.

On a reproché à ce procédé sa plus grande difficulté, la fragilité de son *cql*, les fissures longitudinales prédisposant à l'ostéomyélite.

En réalité, d'après l'expérience de notre maître Broca, il n'en est rien et les résultats qu'il a obtenus sont concluants.

CONCLUSION

L'ostéotomie sous-trochantérienne oblique suivie de l'extension continue pour traiter l'ankylose de la hanche en position vicieuse est une opération facile et très bénigne, qui se pratique en quelques minutes, loin du foyer tuberculeux, se consolide en six semaines à deux mois et procure un redressement excellent.

Notre maître, M. Broca ayant opéré de nombreux malades n'a eu aucun incident et se loue des bons résultats fonctionnels qu'il a obtenus.

Observation I

Roche Jean, 4 ans 1/2.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants, enfant unique, deux fausses couches de 5 mois et de 7 mois.

Antécédents personnels. — Né à terme au cours d'une fièvre typhoïde de la mère, faux-croup à 13 mois, broncho-pneumonie à 18 mois, coqueluche à 3 ans.

Histoire de la maladie. — En avril 1916, l'enfant a commencé à boîter. Quelques jours après, à la suite d'une chute, dit-on, il n'a plus pu marcher. Mis au repos sur une planche pendant deux mois, puis a repris peu à peu la marche, mais en boitant.

Même état jusqu'à l'hiver, claudication mais sans douleurs.

Depuis le début de juin la claudication a beaucoup augmenté, l'enfant se plaint du dos.

Etat général. — Excellent, l'enfant habite la campagne.

Etat du malade en octobre 1917. — Membre inférieur fixé en flexion à 35°, abduction à 35°, rotation externe. Limitation très marquée de tous les mouvements ; la flexion ne peut être augmentée que de quelques degrés et n'atteint pas 90°. De même on ne

peut accentuer ni l'abduction ni l'adduction. Pas d'hyperextension. Douleurs quand on mobilise le membre, douleur aussi à la pression sur la tête fémorale en avant. Ganglions rétro-cruraux douloureux, pas d'épaississement de la région trochantérienne, peu d'atrophie visible de la cuisse correspondante, mais plus de graisse et moins de muscle.

Examen radiologique. — Géode du toit du cotyle avec séquestre.

L'enfant a été immobilisé en appareil plâtré. Il a eu un abcès externe traité par ponction.

En février 1918, il a été envoyé à Berck, d'où il est revenu en juin 1921 avec un appareil en celluloïd qu'il a porté jusqu'en décembre 1922 .

Revient consulter aux « Enfants Malades » le 28 avril 1923 pour ankylose en position vicieuse : la hanche est en flexion à plus de 45°, adduction à 45°, et rotation interne.

Le malade debout présente un raccourcissement apparent d'une vingtaine de centimètres qu'il corrige par une forte ensellure lombaire et une scoliose accentuée. Il n'y a pas de raccourcissement réel du fémur mesuré au-dessous du grand trochanter. La région trochantérienne paraît épaissie, l'articulation est complètement ankylosée, atrophie considérable

de la cuisse, pas d'adériopathie, cicatrices d'abcès au niveau de la région trochantérienne.

Etat général. — Très satisfaisant, rien à signaler à l'examen stéthoscopique du thorax.

Examen radiologique. — Disparition presque complète de l'interligne articulaire, grosse usure du grand trochanter.

Le 2 mai 1923, par M. Broca. Ostéotomie oblique sous-trochantérienne puis extension continue dans un appareil de Hennequin.

Le 16 juin 1923. — Suppression de l'extension ablation des fils, température normale, très bon résultat fonctionnel, aucune mobilité dans la hanche, aucun raccourcissement.

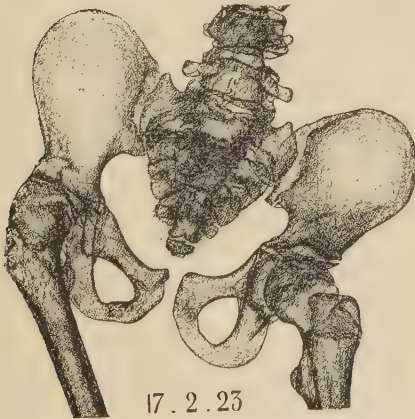
Le 11 juillet 1923, départ pour Berck.



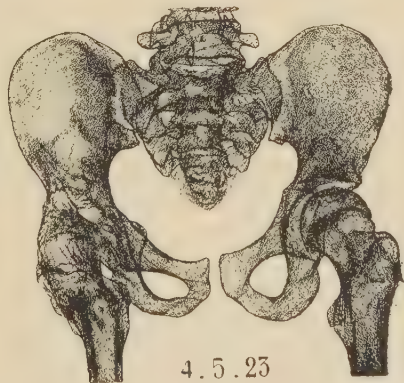
Position du Membre

Avant l'intervention

Après l'intervention



17.2.23



4.5.23

Radiographie

Avant l'intervention

Après l'intervention

Observation II

Blaucheton Raymond, 15 ans.

Antécédents héréditaires. — Mère morte bacillaire, père bien portant.

Antécédents personnels. — Né à terme, allaitement au sein, bronchites étant petit, faux-croup.

Histoire de la maladie. — L'enfant souffre et boîte depuis l'âge de 5 ans. Un an et demi après, il est plâtré à l'hôpital Trousseau pendant 16 mois, il est envoyé à Roscoff où il reste deux ans.

Depuis trois ans l'enfant est rentré et ne souffre plus que peu lorsqu'il se fatigue ; depuis un an il semble s'être produit un fort raccourcissement, la position d'ankylose serait devenue plus mauvaise.

Examen en février 1923. — Le membre inférieur gauche est en : flexion, adduction et rotation interne. Atrophie notable de la cuisse gauche. On sent de gros ganglions inguinaux et iliaques.

En arrière saillie énorme du grand trochanter qui ne dépasse cependant pas la ligne de Nélatou-Roser, atrophie considérable de la fesse, le pli fessier est effacé.

Mesuration après correction :

A droite : de l'épine iliaque antéro-sup à malléole
= 92

A gauche : » » »
= 91

A droite : trochanter à malléole = 82

A gauche : » » = 81

Le malade étant debout, le membre inférieur gauche atteint le sol à l'aide d'équinisme très marqué. L'épine iliaque antéro-supérieure gauche est élevée en rétropulsion. Le malade corrige en partie sa position vicieuse par une ensellure lombaire, mais il reste depuis le talon du membre jusqu'au sol 14 centimètres. Aucun mouvement n'est possible, la hanche est ankylosée, mais ne semble pas être luxée.

Etat général. — Excellent, aucun signe stéthoscopique de bacillose à signaler, percussion et auscultation normales, cœur normal.

Le 19 février 1923, par M. Broca.

Ostéotomie sous-trochantérienne suivie d'un appareil de Hennequin. Aucun incident.

3 avril. — Ablation des fils.

25 avril. — On enlève l'appareil.

Bon résultat fonctionnel. Il apparaît un léger gonflement douloureux au genou après la reprise de la marche. Tout rentre dans l'ordre après quelques jours d'immobilisation au lit.



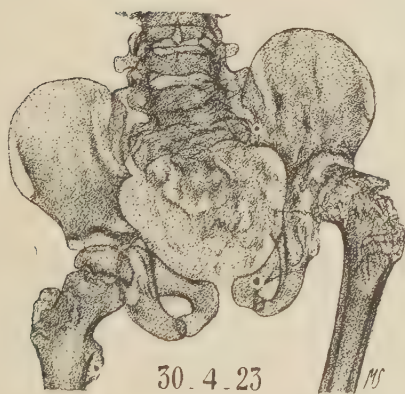
Attitude du Bassin

Avant l'intervention Après l'intervention



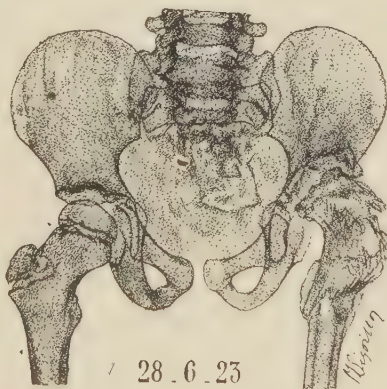
Radiographie en 1917

Décalcification de la tête
Géode du toit avec sequestre



30.4.23

Position du Bassin en 1923



28.6.23

Résultat après l'intervention

Vu : *Le Doyen,*
ROGER.

Vu : *Le Président de la thèse.*
A. BROCA

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

